

Nevenka Kovač, dr. med., mag. spec. oec.¹

nevenka.kovac@svkatarina.hr

Specijalna bolnica Sv. Katarina

Bračak 8, 49210 Zabok

tel.: +38549204888

UDK 614.2:336.5 (497.5)

Pregledni članak

FINANCIRANJE ZDRAVSTVA – SITUACIJA U HRVATSKOJ

SAŽETAK

Sustav financiranja zdravstvene zaštite zauzima središnje mjesto u funkcioniranju zdravstvenoga sustava. Nema države na svijetu koja može osigurati svim svojim stanovnicima sve blagodati koje moderna medicina omogućava. Opći nedostatak financijskih sredstava uz rastuću zdravstvenu potrošnju smatra se teško rješivim problemom i u Hrvatskoj. Sustav je zdravstvene zaštite u Hrvatskoj prošao kroz proteklo razdoblje neovisnosti hrvatske države brojne reforme kojima je temeljni cilj bio optimizirati razinu pružanja zdravstvenih usluga sa stvarnim financijskim mogućnostima hrvatskoga gospodarstva. Ciljevi svakoga reformskoga zahvata djelomično su ostvareni, a do sada ponuđena rješenja, odnosno provedene sanacije u posljednjih deset godina bile su nužne, međutim nisu rezultirale poboljšanjem uvjeta poslovanja. Ostao je neriješen problem nedostatka prihoda iz ranijih godina, odnosno ostao je problem nepodmirenih obveza koje su najveće u posljednjih deset godina. Analiza poslovanja zdravstvenih ustanova u 2011. godini pokazuje da postojeću vladajuću strukturu hrvatskoga zdravstva očekuje velik izazov: kako riješiti desetljećima nagomilane probleme hrvatskoga zdravstva koji danas predstavljaju „rupu“ od 7 milijardi kuna, a održati osnovna načela Zakona o zdravstvenoj zaštiti tj. osigurati dostupnost, kontinuiranost, sveobuhvatnost i solidarnost zdravstvene zaštite, imajući na umu da je uveden Zakon o izvršenju Državnog proračuna i Zakon o fiskalnoj odgovornosti.

Ključne riječi: financiranje zdravstva, HZZO, zdravstvene ustanove, obveze, potraživanja

1. Uvod

zdravstvena industrija vodeća je industrija novih tehnologija u svijetu. Zdravlje je ključan čimbenik kvalitete života svakoga pojedinca i gospodarskoga i općega razvoja društva. Ulaganje u zdravlje treba biti temeljna investicijska strategija svakoga pojedinca i svakoga društva.

Zdravstvo upravo zbog novih tehnologija postaje sve učinkovitije u zdravstvenoj skrbi za pacijente (dijagnostika, terapija, rehabilitacija) i sve skuplje čak i za najbogatije zemlje svijeta. Sustav financiranja zdravstvene zaštite zauzima središnje mjesto u funkcioniranju zdravstvenoga sustava, pogotovo zato što se ni u jednom zdravstvenom sustavu u svijetu ne može osigurati toliko financijskih sredstava da bi se moglo reći da sustav nije u financijskome problemu. Nema države na svijetu koja može osigurati dostupnost svim svojim stanovnicima sve blagodati koje moderna medicina omogućava.

¹ studentica poslijediplomskoga doktorskoga studija "Management", Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Ekonomski fakultet u Osijeku



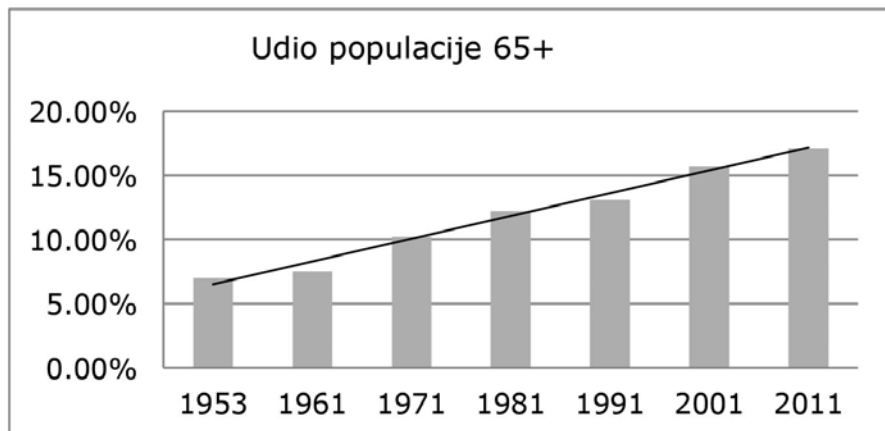
Grafikon 1. Ukupna potrošnja na zdravstvo (% BDP-a)

Izvor: WHO 2009.

Opći nedostatak financijskih sredstava uz rastuću zdravstvenu potrošnju smatra se teško rješivim problemom. Razlozi su tome višestruki. Prvi se svakako odnosi na težnju rasta ponude zdravstvenih usluga: stalni tehnološki napredak u medicini sve češće je nudio nove metode otkrivanja bolesti i liječenja, naročito u području dijagnostike. Drugi čimbenik rastuće zdravstvene potrošnje odnosi se na rastući dohodak stanovništva koji je omogućio veću zdravstvenu potrošnju, pogotovo onu za koju kažemo da je troškovno intenzivna (bolnička zdravstvena zaštita). Treći razlog se nalazi u sveprisutnom procesu demografskoga starenja.

Grafikon 2. Udio stanovništva starijeg od 65 godina

Izvor: preuzeto od R.Ostojić, okrugli stol "Analiza zdravstvenoga sustava", 6. veljače 2012., Zagreb



Glavni cilj u financiranju zdravstva je osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu, postaviti ispravne ekonomske poticaje u korištenju i pružanju zdravstvenih usluga, osigurati da korisnici imaju odgovarajući pristup individualnoj zdravstvenoj zaštiti te osigurati financiranje javno-zdravstvenih usluga od opće važnosti. Elementi sustava financiranja zdravstva su: prikupljanje sredstava, zbrajanje sredstava i plaćanje korištenja zdravstvene zaštite. Financiranje zdravstvenoga sustava započinje procesom prikupljanja sredstava koje može biti javno i privatno.

Javno financiranje karakterizira društveno opredjeljenje da zdravstvena zaštita ima humane i etičke konotacije, da je važna u moralnom i političkom smislu te da pristup zdravstvenoj zaštiti ne smije ovisiti o financijskoj mogućnosti pojedinca da plća tu zaštitu. Država osigurava financiranje zdravstvene zaštite tako da kupuje zdravstvenu zaštitu za osobe za koje je postignut dogovor. Država kupuje zdravstvenu zaštitu za neke kategorije stanovnika, većina zemalja za svo ili većinu stanovnika kroz nacionalno zdravstveno osiguranje (sve zemlje Europe, Kanada, Amerika, Australija, SAD - jedina

razvijena zemlja koja ima parcijalno nacionalno zdravstveno osiguranje – obuhvaća starije od 65 godina “Medicare” i socijalno ugrožene “Medicaid”). Karakteristika javnog financiranja je da je prijenos sredstava pravedan: od imućnijih prema manje imućnima (bogatiji izdvajaju više sredstava za poreze i socijalno osiguranje), od zdravih prema bolesnima.

Privatno financiranje znači da osoba sama plaća zdravstvenu zaštitu kupovinom zdravstvenoga osiguranja ili izravnim plaćanjem zdravstvene usluge. Karakteristike privatnoga financiranja su da je socijalno nepravedno. Osobe s malim primanjima često ostaju bez zdravstvenog osiguranja, postoji tendencija privatnih osiguranja da razdvajaju pacijente s niskim rizikom, znatna državna regulacija, visoki administrativni troškovi (SAD 20%). Ovo je financiranje skuplje od javnoga financiranja, smanjen je fokus na prevenciji. Ovdje je prijenos sredstava kupnja zdravstvenog osiguranja od zdravih prema bolesnima ili izravno plaćanje (nema nikakvog prijenosa što je najlošiji oblik financiranja zdravstvene zaštite). Tragom navedenoga postoji nekoliko modela financiranja zdravstva pretežitih u većini zemalja svijeta.

2. Modeli financiranja zdravstvene zaštite

Većina zemalja koristi nekoliko modela financiranja zdravstvenih troškova od kojih su neki pretežiti. U svijetu postoje tri glavna modela zdravstvene skrbi:

Tablica 1. Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva

| Model | Pokrivenost | Financiranje | Kontrola | Status |
|-------------|-------------|----------------------|-------------|------------------|
| Beveridgeov | univerzalna | porezno | javna | socijalna usluga |
| Bismarckov | univerzalna | socijalno osiguranje | kombinirana | socijalno pravo |
| Tržišni | djelomična | privatno osiguranje | privatna | osigurani rizici |

a) **Beveridgeov model** je nastao u Velikoj Britaniji nakon II. svjetskog rata (1948.). To je model u kojem se zdravstvo financira iz poreza koji plaćaju svi građani. Tu pripadaju izravni porezi koje plaćaju pojedinci i tvrtke te neizravni porezi od prodaje roba i usluga. Država određuje koliko svotu novaca mora platiti svaki pojedini građanin, a nakon tako prikupljenoga novca ona

određuje koliki će dio pripasti zdravstvu. Ovaj se model primjenjuje u mnogim europskim zemljama (skandinavske zemlje, Italija, Grčka, Portugal, Španjolska, Kanada, Velika Britanija, Irska, Island).

b) **Bismarckov model** je zasnovan na obveznom, univerzalnom socijalnom osiguranju i karakterističan je za većinu zemalja kontinentalne Europe, a prvi put je uveden 1883. u Prusiji (današnja Njemačka). Taj model funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti. Doprinosi za zdravstveno osiguranje plaćaju se na osnovi rada, a upravljanje zdravstvenim sustavom je prepušteno interesnim udrugama i njihovu korporativnom dogovaranju, iako pod kontrolom države. Javno zdravstvo se financira iz fonda za zdravstveno osiguranje koji novac dobiva od posebnoga poreza koji plaća radno aktivno stanovništvo (zaposlenici, samouposlenici i poljoprivrednici). Stopu doprinosa utvrđuje vlada ili neka druga nevladina tijela. Fond zdravstvenog osiguranja je neovisna, neprofitna, javna ili privatna organizacija čija je djelatnost strogo regulirana državnim propisima. Ovakav se model primjenjuje u Hrvatskoj, Njemačkoj, Francuskoj, Belgiji, Austriji, Švicarskoj.

c) **Tržišni model** u kojem je naglasak na tržištu, privatnom osiguranju i osiguranim rizicima. Privatno financiranje je model koji se temelji na zakonima kapitalističkoga društva, po principu «koliko platiš-toliko dobiješ». Ovo je model u kojem je socijalni dio u potpunosti izostavljen. Financiranje zdravstvenih usluga ostvaruje se putem premija tj. gotovinskih uplata putem kojih se pojedinci osiguravaju za određeni period.

Ovaj model koji se temelji na privatnom financiranju zdravstvenih troškova može biti obavežno i dobrovoljno.

Obvezno privatno zdravstveno osiguranje postoji samo u Nizozemskoj gdje je 2006. uvedeno reformom čiji cilj je bio učiniti zdravstvo učinkovitijim i pristupačnijim za sve na dulji rok. Ključni elementi te reforme bili su: novo standardno osiguranje za

sve, osiguranici mogu mijenjati osiguratelja svake godine, konkurencija između osiguratelja, osiguranjeli i osiguranici stimuliraju pružatelje usluga na poboljšanje, mogućnost nadoknada osiguranicima s manjim prihodima.

Dobrovoljno privatno zdravstveno osiguranje može biti: dodatno (dodatno i dopunsko), alternativno i zamjensko.

Dodatno (additional) dobrovoljno zdravstveno osiguranje može biti dopunsko i dodatno (complementary and supplementary). Dopunsko (complementary) za proširenje postojećih pokrića javnog sustava ili pokriće troškova koji nisu obuhvaćeni javnim sustavom (Danska, Francuska, Italija, Slovenija), a dodatno (supplementary) za viši standard i veći opseg prava (Austrija, Njemačka, Italija). Prednosti su mu što aktivna suradnja između javnog i privatnog sustava omogućuje osiguranicima pristup zdravstvenoj usluzi kakvu očekuju.

Alternativno (duplicate) dobrovoljno zdravstveno osiguranje djeluje paralelno s javnim sustavom nudeći privatnu alternativu ili dvostruku pokrića (VB, Španjolska, Portugal), omogućuje brži pristup i nudi osiguranicima pogodnost izbora pružatelja zdravstvene usluge. Prednosti: racionalizacija troškova javnog zdravstva, osiguranici plaćanjem poreza i dalje pridonose javnom sustavu.

Zamjensko (substitute) dobrovoljno zdravstveno osiguranje zamjenjuje javni sustav, stoga mora osigurati minimum pokrića javnoga sustava - osiguranici su ili dobrovoljno ili temeljem zakona izuzeti iz javnoga sustava (Njemačka, Španjolska – državni službenici, Austrija – samozaposleni). Prednosti: osiguranici plaćaju uslugu više od stvarnog troška čime se generira profit koji se može dalje ulagati, osiguranicima nudi pokrića po mjeri koja nisu moguća u javnom sustavu.

Modeli privatnoga zdravstvenoga osiguranja izvan Europe (prvenstveno SAD) imaju prednosti jer potiču kvalitetu i učinkovitost te postoji sloboda izbora za pacijente dok su mu nedostaci visok stupanj nepravednosti, upitna kvaliteta i razdvajanje rizika. Ovakav je model tipičan za SAD (73% stanovništva). Osobni račun medicinske štednje isto je jedan od tržišnog modela gdje pojedinci obvezatno ili dobrovoljno uplaćuju štednju za zdravstvenu zaštitu na svoj račun (u obliku postotka od plaće). Taj model je prisutan u SAD-u i Singapuru. Njegovi nedostaci su: teško administrativno provedivo, makro neučinkovito, ukida solidarno podnošenje rizika te je

izrazito nepravedan. Izravno plaćanje zdravstvene zaštite (plaćanje iz "džepa" pacijenata) jedan je od tržišnih modela financiranja zdravstvenih troškova. Tu pripada izravno plaćanje pune cijene usluga (u privatnom sektoru), formalno sudjelovanje građana osiguranika (participacija, suosiguranje, franšiza), ali tu je i neformalno dodatno privatno plaćanje usluga u javnom sektoru. Ovaj model je prisutan u većem ili manjem obimu u svim zemljama.

Za održivo financijsko poslovanje, zbog rijetkih financijskih katastrofalnih rizika potrebno je sredstva povezati. U javnom financiranju to je u većini zemalja država/vlada tj. Ministarstvo zdravstva koje kupuje usluge (Švedska, Norveška, Danska, Kanada, Italija), osniva organizaciju ili agenciju unutar ili unutar Ministarstva (Velika Britanija, SAD, Australija) ili su to fondovi socijalnoga osiguranja (Njemačka, Nizozemska). Privatno financiranje povezuje sredstva u osiguravajućim društvima. Posljednji element sustava financiranja zdravstva jest kupovanje tj. plaćanje zdravstvene usluge. Postoji više raznih modela, a neki osnovni su: cijena x usluga – besplatna usluga (fee for service), proračun, plaćanje po glavarini, plaćanje po danu hospitalizacije, prospektivno plaćanje po kliničkom slučaju – DTS/DTP (dijagnostičko-terapijske skupine/postupci).

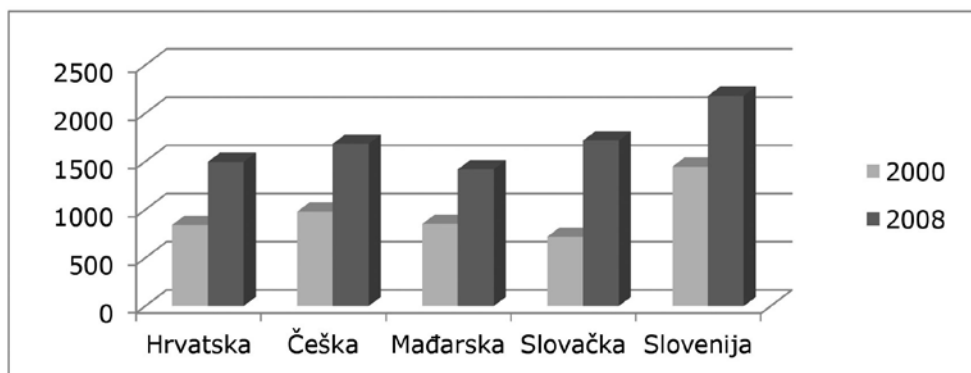
3. Temeljna obilježja hrvatskoga zdravstvenoga sustava

Moderni zdravstveni sustavi u svijetu temelje se na ekonomskom, socijalnom i političkom naslijeđu svake zemlje. Hrvatski je zdravstveni sustav po svojim karakteristikama najbliži Bismarckovom modelu financiranja. Riječ je, dakle, o modelu obvezatnoga socijalnoga zdravstvenoga osiguranja koji se temelji na solidarnosti zaposlenih glede njihova izdvajanja za zdravstvenu zaštitu čitave populacije. U modelu obvezatnog socijalnog zdravstvenog osiguranja javlja se doprinos čija stopa je različita od zemlje do zemlje. U Hrvatskoj je ona u posljednjih desetak godina varirala 15 - 18%, a danas iznosi 13%. Prava osiguranika najčešće su sveobuhvatna te uključuju liječenje i lijekove.

Hrvatska za zdravstvenu zaštitu svojega stanovništva troši veliki dio bruto domaćega proizvoda. I to značajno više u odnosu na ekonomsku snagu hrvatskoga gospodarstva. Usporedba s odabranim

zemljama pokazuje da kod većine zemalja razina rashoda za zdravstvo, odgovara ekonomskoj snazi zemlje mjerene BDP – om per capita, a još bolje PPP (purchasing power parity) usporedbom.

Grafikon 3. Potrošnja na zdravstvo 2000. - 2008. PPP (purchasing power parity) USD po stanovniku



Izvor podataka: WHO, European health for all database

Stoga je važno zaključiti da bi pitanje likvidnosti zdravstvenoga sustava i prateći problemi u sustavu bili značajno manji kada bi se postigli bolji makroekonomski rezultati hrvatskoga gospodarstva. Jedan od njih jest povećanje broja zaposlenih budući da se sustav financiranja temelji na solidarnosti: zaposleni uplatom doprinosa za zdravstveno osiguranje pokrivaju zdravstvenu zaštitu čitave populacije. Zdravstvena potrošnja po stanovniku u deset godina značajno se povećala. Takva je situacija od donositelja zdravstvene politike traži mjere racionalizacije u sustavu zdravstvene zaštite i smanjivanje javnih izdataka za zdravstvo.

Hrvatski zdravstveni sustav temelji se na načelima socijalnoga osiguranja. Obuhvaća javno i privatno davanje i financiranje usluga. Na vrhu piramide organizacije zdravstvenoga sustava nalazi se Ministarstvo zdravlja koje je odgovorno za zdravstvenu politiku u zemlji, planiranje i predlaganje zakona, reguliranje standarda za zdravstvene usluge i izobrazbu, programe javnog zdravstva, promicanje zdravlja, ulaganje u bolnice koje su u vlasništvu države. Za financiranje sustava zdravstva, centralno mjesto zauzima Hrvatski zavod za zdravstveno osi-

guranje (HZZO) koji provodi obvezatno zdravstveno osiguranje na načelima solidarnosti i uzajamnosti. HZZO je uključen u sustav Državne riznice što znači da se sredstva za izvršeni rad za zdravstvene usluge doznaju bolnicama iz proračuna na osnovi sklopljenih ugovora s HZZO-om, dok se za svu ostalu zdravstvenu zaštitu sredstva iz proračuna doznaju HZZO-u odakle se obavljaju plaćanja.

HZZO osigurava glavninu zdravstvenih rizika, tj. pokriva troškove zdravstvenih ustanova na razini od oko 80% ukupnih troškova. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ugovara nabavljanje zdravstvenih usluga s davateljima tih usluga (razina primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite) pri čemu određuje osnovne zdravstvene usluge koje će biti pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem. Najveći problem HZZO-a je što je svaki godine vidljiv sve gori omjer onih koji „pune“ HZZO (zaposlenih osiguranika) u odnosu na sve ostale koji „prazne“ HZZO. Taj omjer je sada skoro 1:3 (1 dopinos iz plaća pokriva liječenje još 3 čovjeka koji ne daju doprinos u HZZO-u).

Obvezno zdravstveno osiguranje počiva na načelu solidarnosti i uzajamnosti, obavezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u RH te stranci s odobrenim stalnim boravkom u RH, iznimno djeca do 18 godina s prebivalištem tj. odobrenim stalnim boravkom u RH. Osiguranim osobama smatraju se osiguranici članovi obitelji osiguranika i druge osigurane osobe.

Osim obaveznog zdravstvenog osiguranja Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (NN, 85/06) definira i **dobrovoljno zdravstveno osiguranje** kao: dopunsko, dodatno, privatno.

| Osiguranici | Prosječan broj | | Indeks | Učešće u % | |
|----------------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|
| | I.-XII. 2010. | I.-XII. 2011. | 2011./ 2010. | I.-XII. 2010. | I.-XII. 2011. |
| - aktivni radnici | 1.493.148 | 1.485.324 | 99,48 | 34,34 | 34,05 |
| - aktivni poljoprivrednici | 40.647 | 35.878 | 88,27 | 0,93 | 0,82 |
| - umirovljenici | 1.037.643 | 1.050.460 | 101,24 | 23,87 | 24,08 |
| - članovi obitelji | 1.163.716 | 1.151.770 | 98,97 | 26,76 | 26,40 |
| - ostali | 612.860 | 639.163 | 104,29 | 14,10 | 14,65 |
| Ukupno R.Hrvatska | 4.348.014 | 4.362.595 | 100,34 | 100,00 | 100,00 |

Tablica 2. Struktura osiguranika HZZO-a

Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenoga osiguranja.

Dodatnim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard propisan obveznim zdravstvenim osiguranjem te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.

Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u RH.

U određenom dijelu financiranja zdravstvene zaštite javlja se i lokalna vlast koja je odgovorna za održavanje zdravstvene infrastrukture, a sve više i za kapitalna ulaganja u zdravstvo. Privatni davatelji zdravstvenih usluga (stomatološke ordinacije, ljekarne te privatne ordinacije, poliklinike, bolnice i ljčilišta) pružaju usluge koje nisu pokrivene sustavom obveznog osiguranja nego HZZO s njima ugovara (povremeno ili kontinuirano) opseg zdravstvenih usluga prema potrebi, a kako bi osigurao kvalitetnu zdravstvenu skrb dostupnu svim osiguranicima.

3.1 Financiranje hrvatskoga zdravstvenog sustava

Pregled zdravstvenih reformi već je pokazao da su problemi financiranja sustava, odnosno njegovi teško kontrolabilni troškovi jedan od glavnih pokretača zdravstvenih reformi koje, s druge strane, do sada nisu uspijevale, osim privremeno, zaustaviti rast troškova. Pri tome je jasno da su troškovni pritisci vrlo snažni i da je većim dijelom teško na njih utjecati, kao uostalom i u mnogim drugim ze-

mljama svijeta. Riječ je o starenju stanovništva te povećanim očekivanjima od zdravstvenoga sustava povezanima sa sve skupljim dijagnostičkim i kurativnim tretmanima. No, s druge strane, dosad nije uopće raspravljano koja je to razina zdravstvene zaštite koju je moguće omogućiti hrvatskim građanima te na koji način ravnomjerno raspodijeliti te mogućnosti.

3.1.1. Prihodi HZZO-a

Prikupljanje sredstava za troškove zdravstvene zaštite koje prikuplja HZZO izvršava se:

Prihodima od **poreza** (pozicija 1. u državnom proračunu) i to: prihodi od PDV-a, trošarine na duhanske proizvode (32%), doprinosi za zdravstvo za nezaposlene osobe (5%) te doprinosi za zdravstvo za mirovine manje od 5.108kn.

Prihodima od **doprinos**a (pozicija 2. u državnom proračunu). Financiranje zdravstvenoga sustava u najvećoj se mjeri temelji na uplaćenim doprinosima osiguranika (oko 80% do 2012. dok je ove godine udio doprinosa u ukupnim prihodima HZZO pao na 73,64%) što Hrvatsku ubraja u krug zemalja koje pripadaju Bismarckovom modelu, odnosno modelu zdravstvenoga osiguranja iako sa sve jačim obilježjima nacionalne zdravstvene službe (zaokret k Beveridgeovom modelu financiranja zdravstva). Prihodi od doprinosa uplaćuju se po stopi od 13% na bruto plaće, 3% doprinosa iz mirovina te 0,5% za ozljede na radu i profesionalne bolesti.

Prihodima od upravnih i administrativnih **pristojbi**, pristojbi po posebnim propisima i naknada (pozicija 5. u državnom proračunu): prihod od auto-odgovornosti (7%), ino-osiguranje, dopunsko osiguranje. Prihodi na osnovu dopunskog osiguranja ne bi se trebali nalaziti u državnom proračunu.

Prihodima po osnovi **Dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja**: ovi prihodi nisu ograničeni i u 2011. go-

dini iznosili su 1,7 milijardi kuna dok su za 2012. planirani s 1915 milijardi kuna (uključujući 555 milijuna kuna iz državnoga proračuna).

Svi ovi prihodi (osim na osnovi dobrovoljnoga zdravstvenoga osiguranja) dolaze iz državnoga proračuna jer od 2002. godine HZZO ne prikuplja doprinose (koji su 3/4 prihoda) autonomno, već se oni prikupljaju putem državnoga proračuna i potom proslijeđuju u HZZO (ili izravno zdravstvenim ustanovama). Tako je 2011. godine prihod HZZO-a iz državnoga proračuna po svim osnovama ukupno iznosio 21.613.113.146 kuna. Vidljivo je ove godine povećanje učešća prihoda od poreza u odnosu na namjenske prihode od doprinosa za zdravstvo. To dijelom mijenja izvorni karakter autonomnog sustava socijalnog osiguranja te HZZO sve više poprima obilježja nacionalne zdravstvene službe. Prihod HZZO-a je istovremeno rashod u državnom proračunu koji se vodi kao stavka: 37. Naknade građanima i kućanstvima na temelju osiguranja i druge naknade u Rashodima poslovanja (pozicija 3). Iz ove stavke državnog proračuna plaćaju se: dječji doplatak, roditeljske naknade, mirovine, trajna prava branitelja, aktivna politika zapošljavanja i naknade HZZO-a (za 2012. godinu za te naknade u državnom proračunu je planirano 19.414.200.000 milijardi kuna).

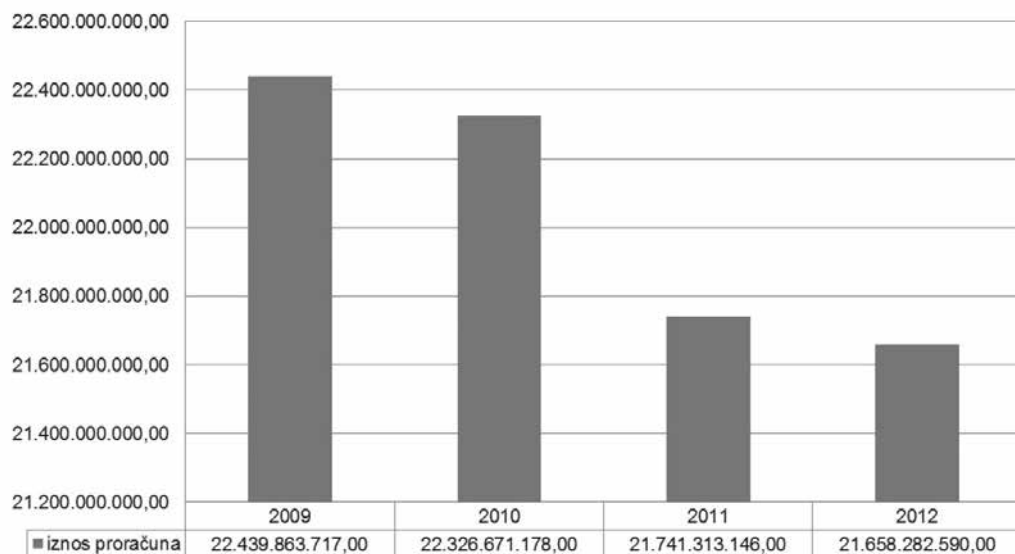
3.1.2. Rashodi HZZO-a

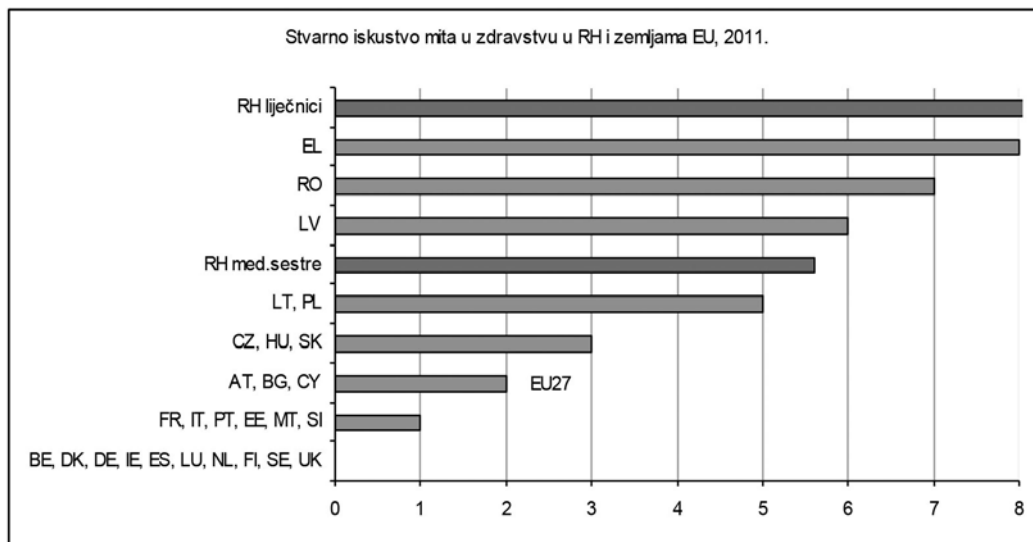
Nakon prikupljanja i zbrajanje sredstava slijedi plaćanje tj. kupovina zdravstvene zaštite. To su rashodi HZZO-a i oni se dijele u tri skupine: 86% troškova HZZO-a otpada na troškove tj. plaćanje zdravstvene zaštite (primarne zdravstvene zaštite, hitne medicinske pomoći i sanitetskog prijevoza, zdravstvene njege u kući, hitne pomoći na državnim cestama, cjepiva, lijekova na recept, ortopedskih uređaja i pomagala, bolničke zdravstvene zaštite, posebno skupih lijekova, transplantacije u bolnicama, intervencijske kardiologije, transfuzijske medicine, medicinske oplođnje, specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, zdravstvene zaštite u inozemstvu, Zavoda za javno zdravstvo i druge programe); 12% troškova HZZO-a otpada na troškove naknada (naknade za bolovanja, roditeljske naknade, naknade plaća hrvatskim braniteljima, specijalizacije i pripravnici, naknade bolovanja i isplate osiguranicima za ozljede na radu i profesionalna oboljenja jer je od 1.1.2011. godine HZZO-u pripojen Hrvatski zavod za osiguranje zdravstvene zaštite radnika); 2% troškova HZZO-a su ostali rashodi.

Grafikon 4. Proračun HZZO-a 2009. - 2012.

Izvor: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, 2012.

Proračun HZZO-a po godinama





Izvor: Eurobarometar, "Corruption" 2011. za RH UNODC i EIZ, 2011.

Privatna potrošnja uključuje djelomično (samo u mjeri u kojoj građani i prijavljuju takva izdvajanja) i različite oblike neformalnog plaćanja.

U strukturi troškova zdravstvene zaštite najveća stavka troškova je bolnička zdravstvena zaštita (u 2012. godini 7.347.950.289 kn), primarna zdravstvena zaštita (u 2012. godini 2.900.000.000 kn) i lijekovi. Bolničke zdravstvene ustanove financiraju se putem mjesečnih proračuna-limita koji ustanove pravdaju ispostavljenim računima za izvršeni rad. Plaćanje zdravstvene zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavlja se na temelju glavarine, a od 2004. godine uveden je i mehanizam plaćanja prema usluzi. Od 2005. godine uveden je i mehanizam plaćanja po dijagnostičko-terapijskom postupku (DTP-u). Treba ukazati na nizak udio troškova primarne zdravstvene zaštite u ukupnim troškovima zdravstva. U tom smislu i Nacionalna strategija zdravstva jasno upozorava da se smanjuje profesionalna kompetentnost timova primarne zdravstvene zaštite jer stalno raste korištenje specijalističko-konzilijarne zaštite. Tako se broj upućivanja osiguranih osoba na obavljanje postupaka iz specijalističko-konzilijarne zaštite od liječnika primarne zdravstvene zaštite uvećao za 30%. Istodobno, smanjuje se broj preventivnih usluga što je u izrazitoj opreci s klasičnim poimanjem statusa i uloge primarne zdravstvene zaštite u sustavu zdravstva koja bi morala rješavati glavninu zdravstvenih problema (70 – 80 %). Kapitalne se investicije financiraju sredstvima HZZO-a, Ministarstva, decentraliziranih sredstva kojima raspolažu regionalna i lokalna samouprava te putem donacija.

Tablica 3. Udio izdataka za lijekove kao % BDP-a u zemljama EU

| | Udio izdataka za lijekove u BDP-u u 2010. |
|---------------|---|
| Norveška | 0,7 |
| Švicarska | 1,2 |
| Austrija | 1,3 |
| Hrvatska | 1,5 |
| Češka | 1,5 |
| Zemlje OECD-a | 1,5 |
| Slovenija | 1,6 |
| Njemačka | 1,7 |
| Mađarska | 2,4 |

Izvor: Tanja Broz, Ekonomski institut, okrugli stol „Ima li lijeka za tržište lijeka“, 18. 4. 2012., Zagreb

Prema najnovijem istraživanju 8,1% kontakata građana s liječnicima i 5,6% kontakata građana s medicinskim sestrama u Hrvatskoj ima obilježja korupcije, a prosjek zemalja EU27 je da 2% građana ima iskustva korupcije u javnom zdravstvu (Eurobarometar, "Corruption" 2011. za RH UNODC i EIZ, 2011.)

Udio troškova za lijekove u troškovima HZZO-a iznosi manje od 20% (18,8%). U odnosu na zemlje EU (25) cijene lijekova u Hrvatskoj su za četvrtinu cijene manje od istih lijekova u EU (na hrvatskom tržištu cijene lijekova su 73% cijene lijekova u EU). Naime, potrošnja lijekova prema broju receptata po osiguraniku od 2000. pokazuje da je ukupno i po osiguraniku broj receptata u porastu, ali još uvijek trošimo manje lijekova nego zemlje sličnog ekonomskog razvoja (Češka, Mađarska, Slovačka).

3.2 Karakteristike financijskog poslovanja zdravstvenih ustanova u 2011. godini

Uz prilagođavanje instrumenata financiranja osiguranim sredstvima u Državnom proračunu za 2011. godinu, javne zdravstvene ustanove u 2011. godini ostvarenim prihodom nisu bile u mogućnosti pokriti ukupne ostvarene rashode (ostvareni nedostatak prihoda od 510 milijuna kuna). Osnovni razlog pogoršanja uvjeta i rezultat poslovanja leži u kretanju ukupnog prihoda koji je manji od ostvarenog prihoda u 2010. godini za 274 milijuna kuna ili 1,76%, rastu rashoda za 180 milijuna kuna ili 1,16%. Pogoršanje uvjeta poslovanja posljedica je bržeg rasta ukupnih rashoda od rasta ukupnog prihoda za 2,92% indeksnih poena. Dio zdravstvenih ustanova na dan 31.12.2011. godine iskazuje veće ukupne obveze od ukupnih potraživanja za 2.745 milijuna kuna, odnosno već dospjele obveze od dospjelih potraživanja za 784 milijuna kuna. Najnepovoljnija situacija je kod bolničkih zdravstvenih ustanova, kod kojih ukupne obveze predstavljaju 47% (pri čemu je kod KBC 52%), a dospjele 16% (kod KBC 24%) ostvarenog ukupnog prihoda u obračunskom razdoblju. Od ukupno 188 ustanova zdravstva, njih 95 (50,5%) iskazalo je višak prihoda u iznosu od 126 milijuna kuna, dok je njih 93 (49,5%) iskazalo nedostatak prihoda u iznosu od 510 milijuna kuna. Najveće učešće ustanova s nedostatkom prihoda prisutno je kod grupacije bolnica, u kojoj je 40 ustanova iskazala nedostatak prihoda u iznosu od 425 milijuna kuna, dok je preostalih 20 bolnica iskazalo ukupno 43 milijuna kuna viška prihoda. Najpovoljniji financijski rezultat imala je grupacija ljekarni, poliklinika i PZZ, kod kojih je ostvaren veći iznos viška prihoda u odnosu na iskazani nedostatak U odnosu na rezultat poslovanja u 2010. godini, ostvaren je nepovoljniji odnos viška i manjka u iznosu od 384 milijuna kuna.

Tablica 5. Struktura zdravstvenih ustanova s obzirom na višak i manjak prihoda 2011.

| Zdravstvene ustanove | Broj ustanova s viškom prihoda | Broj ustanova s manjkom prihoda | Ukupan broj zdrav. ustan. |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| 1. Primarna zdravstvena zaštita | 32 | 40 | 72 |
| Domovi zdravlja | 29 | 20 | 49 |
| Ustanove za HMP | 29 | 19 | 21 |
| Njega u kući | 1 | 19 | 2 |
| 2. Poliklinike | 7 | 3 | 10 |
| 3. Bolnička zdravst. djelatnost | 20 | 40 | 60 |
| KBC, KB i Klinike | 32 | 6 | 9 |
| Opće bolnice | 20 | 21 | 23 |
| Specijalne bolnice | 15 | 13 | 28 |
| 4. Zavodi za javno zdravstvo | 13 | 10 | 23 |
| 5. Ljekarne | 23 | 0 | 23 |
| ZDRAV. UST. (1-5) UKUPNO | 95 | 93 | 188 |

3.3 Stanje i kretanje obveza i potraživanja zdravstvenih ustanova u 2011. godini

Ostvareni manjak prihoda imao je za posljedicu povećanje ukupnih obveza za 9,83% odnosno povećanje dospjelih obveza za 14,35%. Povećanje ukupnih i dospjelih obveza praćeno je većim povećanjem ukupnih i dospjelih potraživanja, što ukazuje na točnost konstatacije o glavnim uzrocima manjka prihoda u tekućem poslovanju. Dio zdravstvenih ustanova na dan 31.12.2011. godine iskazuje veće ukupne obveze od ukupnih potraživanja za 2.745 milijuna kuna, odnosno veće dospjele obveze od dospjelih potraživanja za 784 milijuna kuna. Najveći problem u sljedećem razdoblju predstavljaju nepodmirene dospjele obveze u iznosu od 1.962 milijuna kuna, jer su

to obveze koje zdravstvene ustanove nisu podmirile do kraja 2011. godine i obveze se prenose u 2012. godinu, kada počinje primjena novog Zakona o rokovima ispunjenja novčanih obveza (NN 125/2011). Stanje ukupnih i dospjelih obveza na dan 31. 12. 2011. godine upućuje na zaključak o vrlo velikim nepodmirenim dospjelim obvezama.

Naime, na kraju 2011. godine nepodmirene obveze ustanova zdravstva iznose 1.962 milijuna kuna. Nepokrivene obveze nisu rezultat poslovanja tekuće godine, već su kumulirane kroz više godina. Dijelom je to rezultat neracionalnog trošenja mjesečnih proračuna i nemogućnost uprava za uravnoteženje rashoda s raspoloživim prihodima, što je osnova uspješnoga poslovanja proračunskih korisnika, a dijelom je to rezultat sustava financiranja i plaćanja zdravstvenih usluga HZZO-a: smanjenje maksimalnih iznosa sredstava (proračuna) zbog nedostatka sredstava, smanjenje vrijednosti koeficijenata za obračun usluga po DTS-u i SKZ-u, smanjenje cijene DTP postupaka i vrijednosti boda u SKZZ-u, nepriznavanje vrijednosti fakturiranih usluga iznad ugovorenih maksimalnih iznosa sredstava – proračuna. U 2012. godini, od 1. ožujka uvjetno ćemo imati dvije kategorije dospjelih obveza: "stare" nepodmirene obveze iz 2011. godine i nove dospjele obveze temeljem ugovora i novoga Zakona iz 2012. godine. U proračunu RH za 2012. godinu nisu osigurana dodatna sredstva za ove namjene te je potrebno tražiti rješenje osiguranja sredstava za ove namjene izvan proračuna prema utvrđenim mjesečnim maksimalnim iznosima sredstava. Zdravstvene ustanove moći će podmirivati samo "nove" dospjele obveze iz 2012. godine, a za "stare" iz 2011. potrebno je osigurati dodatna sredstva. S obzirom da se 80% dospjelih obveza odnosi na obveze za isporučne lijekove i potrošni medicinski materijal, moguća varijanta su pregovori s vjerovnicima i ugovaranje novih uvjeta i dinamike podmirjenja obveza, čime bi se izbjeglo plaćanje kamata zbog nepravovremenog namirenja obveza. Osiguranje sredstava putem kredita za obrtna sredstva za namirenje dospjelih obveza uz suglasnost, odnosno jamstvo osnivača. I za povrat kredita potrebno je osigurati sredstva u proračunima osnivača i financijskim planu ustanove za sve vrijeme trajanja kredita.

Do sada ponuđena rješenja odnosno provedene sanacije u zadnjih 10 godina bile su nužne, međutim nisu rezultirale poboljšanjem uvjeta poslovanja. Ostaje neriješen problem manjka prihoda iz ranijih godina, odnosno ostaje problem nepodmirenih ob-

veza stanje kojih je na dan 31.12.2011. godine najveće u zadnjih 10 godina. Bez osiguranja dodatnih sredstava za podmirjenje "starih" obveza nastalih do 31.12.2011. godine, nema ništa od primjene Zakona o rokovima ispunjenja novčanih obveza u sustavu zdravstva. Isto tako, bez dosljedne primjene Zakona o rokovima ispunjenja novčanih obveza, nema rješenja problema likvidnosti i namirenja obveza u sustavu zdravstva.

3.4 Sadašnje stanje sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj

Sustav zdravstvene zaštite u Hrvatskoj prošao je kroz proteklo razdoblje neovisnosti hrvatske države brojne reforme kojima je temeljni cilj bio optimizirati razinu pružanja zdravstvenih usluga sa stvarnim financijskim mogućnostima hrvatskoga gospodarstva. Ciljevi svakoga reformskog zahvata djelomično su ostvareni. Prvo, zbog nedosljednosti poduzetih mjera, a drugo, zbog rastućih objektivnih problema koji su se često nalazili izvan zdravstvenoga sustava (rastući trend starenja stanovništva, promjena patologije bolesti stanovništva, spori rast broja zaposlenih, promjene u stilu života stanovništva i sl.). No, javili su se ili su još prisutni problemi slabije interne učinkovitosti zdravstvenoga sustava. Tu se, prije svega misli na slabu povezanost pojedinih razina zdravstvene zaštite koje bi zajedno trebale činiti sustav integrirane zdravstvene zaštite. Nadalje, ostaje pitanje primjene određenih suvremenih metoda organizacije i upravljanja, te suvremenih računovodstvenih tehnika koje se primjenjuju u razvijenim zemljama. Dio odgovora na gornja pitanja nalazi se i u činjenici dominirajuće uloge Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje i s tim povezanog visokog indeksa ovisnosti o javnim financijskim sredstvima. Dakle, kao posljedica rečenih negativnih sinergijskih učinaka, javila se opća financijska nelikvidnost Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u čijem godišnjem proračunu sustavno nedostaje oko 3 milijarde kuna. Problemu nelikvidnosti HZZO-a treba dodati i nepostojanje odgovarajućega sustava planiranja i upravljanja sustavom; neplanski razvoj zdravstvenih kapaciteta doveo je do neravnomjerne koncentracije specijalističke medicine u velikim gradovima, posebice u Zagrebu. Već nekoliko godina osjeća se nedostatak liječnika, pogotovo specijalista različitih medicinskih specijalnosti. Korištenje zdravstvene zaštite je neracionalno i nedovoljno djelotvorno (postoji po-

mak prema korištenju skupljih oblika zdravstvene zaštite-specijalističkim). Znanost koja se bavi problematikom zdravstvene zaštite smatra da je stup svakog zdravstvenog sustava primarna zdravstvena zaštita, zbog najpovoljnijeg odnosa zdravstvenog izdatka i troška zdravstvene zaštite. To u Hrvatskoj još uvijek nije prepoznato: mnogi problemi u financiranju bolničke zdravstvene zaštite bili bi manji da je prevencija bolje saživjela.

4. Zaključak

Moguće je izdvojiti četiri područja unutar kojih se mogu proučavati aktualne tendencije zdravstvenih reformi u svijetu. To su: promijenjena uloga države i tržišta u zdravstvenoj skrbi, reorganizacija zdravstvenog sustava, građanska prava i prava pacijenata te uloga javnoga zdravstva (European Health Care Reforms, 1996.).

Država, dakako, i dalje ostaje najvažnijim čimbenikom organizacije zdravstvenoga sustava, ali njena uloga biva promijenjenom uvođenjem privatno-tržišnih elemenata. Zato se, danas, najčešće susrećemo s hibridnim modelom koji je na djelu ne samo u Velikoj Britaniji, već dijelom i u Finskoj, Italiji, Španjolskoj, Švedskoj itd.

Paralelno s promijenjenom ulogom države na djelu su tendencije reorganizacije zdravstvenih sustava, i to najčešće u smjeru decentralizacije i privatizacije. Decentralizacija je prisutna u nizu europskih zemalja i odražava nezadovoljstvo centraliziranim i birokratiziranim sustavima. Iako ona ima i neke negativne posljedice, njome se zdravstveni sustavi, većinom uspješno, financijski i organizacijski spuštaju na niže razine vlasti, odnosno lokalnih zajednica. Jedan od vidova decentralizacije jest i privatizacija koja nastoji, unutar zdravstvenih sustava, provoditi tržišne elemente učinkovitosti i kontrole troškova.

Prava građana u pristupu zdravstvenom odjelu, pravo izbora liječnika, pravo izbora osiguravajućih društva te prava pacijenata sve su značajnija tema u nizu europskih zemalja. Uloga javnoga zdravstva u aktualnim reformama je također iznimno važna.

Ono, međutim, što leži u pozadini svih ovih četiriju područja odnosi se na ekonomske pritiske k smanjenju zdravstvenih troškova te je već sada moguće izvršiti analizu tržišnih tendencija u reformama zdravstvenih sustava. Analiza pokazuje da je inter-

vencije obuzdavanja troškova, tj. širenja tržišno-privatnih inicijativa moguće učiniti na više načina.

Prva se grupa intervencija odnosi na pacijente i postiže se uvođenjem nekoliko različitih mjera: suplaćanje, modaliteti plaćanja naknada za bolovanje i uvođenje dana čekanja, popusti u slučajevima nekorisćenja premija osiguranja tijekom jedne godine te ograničenje izbora liječnika i bolnica.

Druga grupa mjera usmjerena je prema zdravstvenim fondovima, odnosno snižavanju njihovih troškova. Kako su pokušaji ograničavanja administrativnih troškova obično neuspješni, jedna od najčešćih inovacija odnosi se na omogućavanje natjecanja između obveznih i privatnih fondova.

Treća grupa mjera odnosi se na liječnike i bolnice, a najčešće se prepoznaje u poticanju natjecanja između liječnika te u različitim modelima plaćanja za medicinske usluge.

Četvrta je grupa mjera usmjerena kontroli farmaceutskih troškova te se i ona izražava kroz različite modele: "dopuštene" i "nedopuštene" liste lijekova, državno reguliranje cijena, određivanje najvišeg iznosa cijena, proračunsko financiranje i sl. Najveći broj zemalja OECD-a koristi metodu "pozitivnih" lista - Austrija, Kanada, Danska, Francuska, Njemačka, Italija, Japan, Švedska i Velika Britanija.

Pred postojeću vladajuću strukturu hrvatskog zdravstva postavljen je trenutno velik izazov: kako riješiti desetljećima nagomilane probleme hrvatskoga zdravstva koji danas predstavljaju „rupu“ od 7 milijardi kuna uz istovremeno smanjene rashode državnog proračuna za zdravstvo za 729,786.576 kn, a održati osnovna načela Zakona o zdravstvenoj zaštiti tj. osigurati dostupnost, kontinuiranost, sveobuhvatnost i solidarnost zdravstvene zaštite, a imajući na pameti da je uveden Zakon o izvršenju Državnog proračuna i Zakon o fiskalnoj odgovornosti. Zaključno se može reći da je kompleksnost zdravstvene politike Hrvatske izuzetno velika, sustav je bio i ostao podložan neprekidnom nizu reformskih zahvata, ali i dalje ostaje opterećen nizom proturječja i dvojbi te obilježen suprotstavljenim tendencijama – privatizacije i jake državne kontrole. Kao što je već navedeno, troškovni su pritisci u zdravstvu dugoročni i vrlo opasni, povezani su sa sve većim mogućnostima i očekivanjima od zdravstvene zaštite te s nepovoljnim demografskim procesima (stariji ljudi najveći su potrošači zdravstvenih usluga). Učinkovit zdravstveni sustav podrazumijeva maksimalnu kvalitetu uz minimalne

troškove. Može li hrvatski zdravstveni sustav pro- nosti ili kako promjenom postupka dobiti istu korist
naći rješenje kako za ista sredstva dobiti više vrijed- za manje novca?

LITERATURA

1. Barić, V., Od javnoga prema tržišnom financiranju zdravstva, Računovodstvo, Revizija i financije broj 17, Zagreb, 2007.
2. Busse, R., Expenditure on health care in the EU: Making projections for the future based on the past, The European Journal of Health Economics, broj 2, 2008.
3. Godišnje izvješće o poslovanju zdravstvenog osiguranja i zdravstva Republike Hrvatske za 2010. godinu, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Zagreb, 2012.
4. Lukovnjak, I., Temeljni ekonomsko – financijski pokazatelji sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, Udruga poslodavaca u zdravstvu, Zagreb, 2009.
5. Lukovnjak, I., Osnovne odrednice prijedloga državnog proračuna s analizom proračuna ministarstva zdravlja i HZZO-a opći proračunski okviri, Udruga poslodavaca u zdravstvu, Opatija, 2012.
6. Lukovnjak, I., Poslovanje zdravstvenih ustanova u 2011. godini: Analiza obveza i potraživanja zdravstvenih ustanova, Udruga poslodavaca u zdravstvu, Opatija, 2012.
7. Marković, B., Vukić, S., Modeli organizacije financiranja zdravstva u odabranim zemljama svijeta, Ekonomski vjesnik, No1, srpanj 2009.
8. Mihaljek, D., Kako financirati zdravstvo u doba fiskalne krize, Okrugli stol Ekonomskog instituta i časopisa Banka „Krvna slika zdravstvenog sustava“, Zagreb, 2012.
9. Ostojić, R., Stanje zdravstvenog sustava, Okrugli stol Ekonomskog instituta i časopisa Banka „Krvna slika zdravstvenog sustava“, Zagreb, 2012.
10. Pogorilić, S., Ima li lijeka za tržište lijekova, Okrugli stol Ekonomskog instituta i časopisa Banka „Krvna slika zdravstvenog sustava“, Zagreb, 2012.
11. Reforma zdravstva: Strategija i plan reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2009.
12. Smolić, Š., Komparativna analiza zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj i odabranim zemljama Europske unije, magistarski rad, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2008.
13. Varga, S., Informatizacija zdravstva, Okrugli stol Ekonomskog instituta i časopisa Banka „Krvna slika zdravstvenog sustava, e- zdravstvo“, Zagreb, 2012.
14. Vehovec, M., Indeks zdravstvene zaštite potrošača: gdje je Hrvatska?, Okrugli stol Ekonomskog instituta i časopisa Banka „Krvna slika zdravstvenog sustava, e- zdravstvo“, Zagreb, 2012.
15. Zrinščak, S., Zdravstvena politika Hrvatske. Revija za socijalnu politiku, god. 14, br. 2, str 193-220, Zagreb 2007.
16. Zrinščak, S., Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi, Revija za socijalnu politiku, god. VI, br. I, str. 3-19, Zagreb 1999.

Nevenka Kovač

Review article

HEALTHCARE FINANCING IN CROATIA

ABSTRACT

Healthcare financing system is of crucial importance for the functioning of any healthcare system, especially because there is no country in the world that is able to provide all its residents with access to all the benefits afforded by modern medicine. Lack of resources in general and rising healthcare expenditures are considered a difficult issue to solve in Croatia as well. Since Croatia gained its independence, its healthcare system has undergone a number of reforms, the primary objective of which was to optimize healthcare services to the actual monetary capacity of the Croatian economy. The objectives of the mentioned reforms were partially achieved. The solutions that have been offered until now, i.e. consolidation measures undertaken in the last 10 years were necessary; however, they have not improved the operating conditions. There is still the issue of the deficit from the previous years, i.e. outstanding payments, the largest in the last decade. Analysis of the performance of healthcare institutions in 2011 shows that the decision makers will have to take up a major challenge of finding a solution to the difficulties the Croatian healthcare system has been struggling with for decades, causing a debt of 7 billion kuna. At the same time, they will need to uphold the basic principles of the Healthcare Act, i.e. to provide access to healthcare and ensure its continuity, comprehensiveness and solidarity, keeping in mind that the National Budget Act and Fiscal Responsibility Act have been adopted.

Keywords: healthcare financing, Croatian Health Insurance Fund, healthcare institutions, liabilities, claims